FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1888-89 N° 48

DU

PSEUDO-TABES NEURASTHÉNIQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 10 JUILLET 1889

PAR

Georges-Marie-Michel BOURAS

Né à Surgères (Charente-Inférieure), le 21 novembre 1863.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PITRES,	professeur,	*président.*
VERGELY,	professeur,	*juges.*
MOUSSOUS,	agrégé,	
DUBREUILH,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — Rue Montméjan — 17

1889

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1888-89 N° 48

DU

PSEUDO-TABES NEURASTHÉNIQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 10 JUILLET 1889

PAR

Georges-Marie-Michel BOURAS

Né à Surgères (Charente-Inférieure), le 21 novembre 1863.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PITRES,	professeur,	*président.*
VERGELY,	professeur,	*juges.*
MOUSSOUS,	agrégé,	
DUBREUILH,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — Rue Montméjan — 17

1889

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS :

M. MICE..... Professeur honoraire.

Clinique médicale	MM. PICOT. PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS. LANELONGUE.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie externe	AZAM.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Thérapeutique	DE FLEURY.
Médecine opératoire	MASSE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Physiologie	ORÉ.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Physique	MERGET.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER
Matière médicale	PERRENS.
Médecine expérimentale	JOLYET.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	ARNOZAN. RONDOT. ARTIGALAS. MOUSSOUS. DUBREUILH.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	BOURSIER. PIECHAUD. LAGRANGE. POUSSON. DENUCE.
Accouchements	LEFOUR.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie. MM. PLANTEAU. FERRÉ. | Histoire naturelle.. M. DE NABIAS.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	MM. BERGONIÉ.
Chimie et Toxicologie	DENIGÈS.
Pharmacie	CARLES.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clin. méd. des enfants.	MM. RONDOT.	Clin. des mal. vénér.	ARNOZAN.
Clin. chir. des enfants.	PIECHAUD	Clin. des mal. ment..	N.
Accouchements.....	LEFOUR, agr.	Chimie.....	M. CARLES, agr.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les » Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs » et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A mon Oncle

MONSIEUR LAURENT-BASSEREAU

Chirurgien-Dentiste.

Hommage de reconnaissance.

A Monsieur le Docteur BOURRU

Médecin en chef de la Marine,

Professeur de Clinique médicale à l'école de Médecine navale de Rochefort,

Chevalier de la Légion d'honneur.

A Monsieur le Docteur BUROT

Médecin principal de la Marine,

Professeur à l'école de Médecine navale de Rochefort,

Chevalier de la Légion d'honneur.

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR PITRES

Doyen de la Faculté de Médecine de Bordeaux, Professeur de Clinique médicale,
Chevalier de la Légion d'honneur.

DU

PSEUDO-TABES NEURASTHÉNIQUE

INTRODUCTION

« Il est un fait dans l'histoire des névroses en général, et de l'hystérie en particulier, qui montre bien que ces affections ne forment pas dans la pathologie une classe à part, gouvernée par d'autres lois physiologiques que les lois communes. C'est que leur symptomatologie se rapproche toujours et souvent très étroitement, de celle qui se rattache aux maladies à lésions matérielles. Et la ressemblance est parfois si frappante qu'elle rend le diagnostic des plus ardus. On a quelquefois désigné, sous le nom de neuromimésie, cette propriété qu'ont les affections *sine materia* de simuler les maladies organiques » (Charcot). Les manifestations de l'état dit nerveux sont en effet multiples, et l'on peut rencontrer des troubles purement fonctionnels qui, simulant souvent telle ou telle maladie organique, font rechercher et souvent diagnostiquer une véritable lésion où l'autopsie ne révèle rien. Entre l'héminanesthésie vulgaire des hystériques et celle qui relève d'une lésion

en foyer, l'analogie est frappante. Au fond c'est le même syndrome.

Nous connaissons un malade qui a présenté pendant plusieurs années, entre autres troubles nerveux, des signes manifestes de *tabes dorsalis*. Des médecins autorisés appelés à le traiter portèrent sans hésitation le diagnostic d'ataxie locomotrice. Cependant après un certain séjour à l'hôpital maritime de Rochefort, les symptômes d'ataxie avaient entièrement disparu. Le diagnostic ataxie locomotrice n'était point erroné; le *tabes* existait bien réellement, mais au lieu d'être sous la dépendance d'une lésion anatomique de la moelle, il était dû à un trouble fonctionnel d'origine névropathique. Quelque temps après, nous voyions à l'hôpital civil de Rochefort un malade traité depuis trois ans pour ataxie locomotrice par plusieurs médecins. Au bout de quelques semaines de traitement moral et de repos, presque tous les symptômes de la lésion avaient disparu.

Un cas de pseudo-tabes cité récemment par M. le professeur Pitres, dans les Archives de Neurologie de mai 1888, nous a donné l'idée de faire une étude spéciale de cette variété de faux *tabes* dans laquelle les symptômes ordinaires du *tabes dorsalis* se manifestent pendant plusieurs mois ou plusieurs années, sans qu'à l'autopsie aucune altération des centres nerveux, des racines rachidiennes, des nerfs périphériques viennent révéler la lésion.

Nous ne voulons pas refaire ici l'histoire du *tabes* aussi ne croyons-nous pas devoir faire un chapitre spécial relevant les symptômes de cette maladie, pas plus qu'il ne nous paraît utile de parler des causes, puisque le titre même indique que ce sont des nerveux qui présentent les manifestations dont nous nous occupons. Le point important sur lequel on doit insister tout spécialement est relatif à la différenciation du *tabes* organique bien connu et du *tabes* fonctionnel. Nous

ferons ensuite le diagnostic différentiel d'avec tous les états pathologiques qui peuvent engendrer à un moment donné des symptômes ataxiques. Nous réserverons enfin un chapitre spécial pour le traitement. Quant à la pathogénie, nous n'en dirons rien, celle-ci étant encore du domaine de l'inconnu.

La question sans doute est encore peu avancée, et malgré les nombreuses recherches que nous avons faites dans la littérature médicale, nous n'avons trouvé que peu de chose sur ce qui nous intéresse. Aussi, n'avons-nous pas l'intention de faire une étude approfondie d'une affection encore peu connue. Nous voulons seulement en apportant deux observations personnelles venir grossir le nombre si restreint de celles qui sont dans la science et tout en exprimant à ce sujet quelques idées, contribuer à sa divulgation.

Confiant dans l'indulgence de nos juges, nous espérons que tenant compte des difficultés de la question et de l'intention qui nous a guidé, ils feront bon accueil à notre modeste travail et lui pardonneront ses imperfections.

Avant d'entrer en matière, qu'il nous soit permis d'adresser à M. le professeur Pitres l'hommage de notre reconnaissance pour la bienveillance qu'il nous a témoignée dans le cours de nos études médicales. Nous le remercions en outre de ce qu'il a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

Que M. le professeur Burot veuille bien recevoir l'expression de notre reconnaissance et de notre gratitude pour ses précieux conseils et la sympathique bienveillance dont il a toujours fait preuve à notre égard.

Nous ne saurions oublier de témoigner notre reconnaissance à M. le professeur Bourru, aux savantes leçons de qui nous devons la meilleure part de nos connaissances médicales.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle).

Homme de 50 ans. — Nervosisme. Pas de syphilis ni d'alcoolisme. Excès vénériens habituels. Après plusieurs manifestations hystériques est pris en 1884 de violentes douleurs fulgurantes. Troubles visuels, diplopie, amblyopie, sans lésion aucune à l'ophtalmoscope. Crises gastriques vésicales. Ataxie des membres inférieurs, guérison.

M. G..., âgé de 50 ans, commis à la direction des travaux de l'arsenal maritime de Rochefort. Mère très nerveuse. Enfance très maladive pendant laquelle il a été sujet à de nombreux accès de fièvre intermittente. Fièvre cérébrale à 7 ans qui laissa après elle une grande irritabilité nerveuse. A un âge plus avancé, G... ne pouvait supporter l'effet occasionné par les boissons alcooliques prises même en petite quantité. C'est ainsi qu'une goutte d'absinthe mélangée à de la gomme le mettait dans des accès de fureur.

Marié à l'âge de 26 ans, G... devint veuf 6 ans après. Cette mort prématurée lui causa de vifs chagrins, sans déterminer néanmoins des accidents nerveux. Il se remaria après 7 mois de veuvage et perdit sa seconde femme au bout de 2 ans et 1/2. C'est alors que se manifesta une première crise nerveuse. En présence du cercueil de la morte, il fut pris soudain d'un rire sardonique qui dura une demi-heure et auquel succéda un profond sommeil. Pendant son veuvage de 3 ans, G... n'eut aucune crise. Il se remaria pour la troisième fois, et, après neuf mois, sa femme mourait. Au moment du décès éclata une crise nerveuse analogue à la première, mais suivie cette fois d'accès de fureur répétés, avec idée de suicide. A ce moment il fit sa première entrée à l'hôpital maritime de Rochefort, le 4 novembre 1875.

A son entrée, il présente de l'agitation accompagnée de céphalalgie, et les phénomènes abdominaux suivants : ballonnement et météorisme. Le calme renaît parfois en lui, mais le plus souvent l'agitation est extrême. C'est un mélange de rires et de pleurs occasionnés par des hallucinations. G... croit voir ses femmes défuntes, venir tantôt près de lui, tantôt s'en éloigner. Ces crises étaient souvent accompagnées de ballonnement et de météorisme abdominal, avec érections douloureuses et envies fréquentes d'uriner que le malade ne pouvait satisfaire. A ces troubles extrêmes succédait un état cataleptique caractérisque. G... entendait tout, voyait tout, mais ne pouvait accomplir le moindre mouvement : les yeux étaient ouverts et fixés sur un objet quelconque. Cet état durait environ une demi-heure, l'émission de l'urine indiquait la fin de la crise. Ces crises se répétèrent chaque jour pendant trois mois. Mais elles disparurent peu à peu et cette fois le malade sortit de l'hôpital.

En 1876 deuxième entrée. Il se plaignait de douleurs très violentes le long du sciatique gauche qui se dissipèrent aussitôt. Plus tard survinrent des troubles digestifs qui nécessitèrent son envoi à Vichy. Les distractions, la rencontre d'une jeune fille qu'il aimait et qu'il épousa amenèrent en lui un changement des plus favorables.

Quelques mois après son mariage G... s'aperçoit que sa femme était sujette elle-même à des crises hystériformes. C'est alors que réapparut en lui une extrême irritabilité cérébrale, accompagnée de gastralgie, de coliques néphrétiques, de congestion pulmonaire suivie d'hémoptysies. L'examen stéthoscopique de la poitrine est négatif.

En 1882 éclata une crise de dyspnée accompagnée de quintes de toux fréquentes et d'hémoptysies abondantes. Aucune lésion appréciable le lendemain dans l'appareil respiratoire. Nouvelles attaques abdominales et néphrétiques très vives.

En 1883, quatrième entrée à l'hôpital avec le diagnostic névropathie cérébro-spinale, caractérisée par une douleur vertébrale très vive, des étouffements, une excitation nerveuse intense, de l'hyperesthésie cutanée, bourdonnements d'oreilles et surdité. Nouvelle guérison.

Enfin, en 1884, éclata subite et intense une crise avec violentes douleurs fulgurantes, céphalalgie avec sensation de calotte de plomb et ataxie tellement marquée, que le médecin en chef de l'Arsenal, en le voyant venir dans son cabinet l'envoie une nouvelle fois à l'hôpital avec le diagnostic : *Sclérose des cordons postérieurs de la moelle, ataxie locomotrice.*

Examen du malade à son entrée à l'hôpital : Quatre jours avant celui où nous l'examinons, le malade était en parfaite santé. Il est pris soudain de courbature généralisée et aussitôt on constate : céphalalgie intense, sensation de calotte de plomb, douleurs constrictives à la poitrine, douleurs fulgurantes le long des jambes et de la colonne vertébrale, le malade les compare à des décharges électriques. Ces douleurs sont intermittentes chez notre malade.

On trouve également des lésions viscérales ou plutôt des douleurs viscérales : coliques néphrétiques aiguës. L'analyse des urines faite à ce moment là dénote la présence d'une quantité anormale de phosphates. Ces douleurs dont nous venons de parler sont mobiles, elles s'étendent ensuite à l'estomac, phénomènes gastralgiques. Douleurs lombaires surtout très accentuées. Sensation de brûlure et de déchirement dans la vessie et l'urèthre. En poursuivant l'étude de la sensibilité, on remarque une zone d'anesthésie à la jambe gauche. Retard dans la perception des sensations tactiles. Complète insensibilité au chaud. Réflexe rotulien conservé du côté gauche, nul à droite. Notion de poids complètement abolie. Un objet placé dans la main de notre malade lui est enlevé quelques instants après G... ne s'en aperçoit pas, il le croit toujours dans sa main. Aucune notion de la position de ses membres dans le lit. Acuité visuelle diminuée.

L'examen de l'œil ne donne aucune lésion; la pupille est nette, ses dimensions normales, ses contours très accentués ; elle a conservé sa transparence, sa teinte rosée. Pas de strabisme ni de diplopie.

Du côté de l'appareil moteur : En première ligne, incoordination motrice, propulsion des pieds en avant et en dehors.

Le malade frappe le sol avec le talon. Signe de Romberg manifeste, les talons étant rapprochés et les yeux fermés, le malade ne peut se tenir debout. Perte du sens musculaire.

A la période de surexcitation génitale, de priapisme douloureux dont nous avons parlé, a succédé une anaphrodisie passagère.

Pas de troubles trophiques ni vaso-moteurs. Aucune douleur bien localisée.

A tous ces phénomènes viennent se joindre des crises caractérisées par des pleurs, une constriction épigastrique, quelques mouvements convulsifs et une hypéresthésie généralisée. A cette hypéresthésie succède une anesthésie telle que l'on peut impunément, sans provoquer la moindre douleur, enfoncer des épingles dans les téguments.

Voyant tous les moyens de traitement échouer, M. le professeur Burot, connaissant la nature hystérique de son malade, essaya la persuasion hypnotique. Au bout de quelques séances, un mieux relatif se produisit et, chose curieuse, les phénomènes d'ataxie disparurent les premiers. Seules les douleurs diverses que nous avons signalées furent tenaces. Et au bout d'un mois de traitement, ces symptômes d'ataxie locomotrice qui avaient persisté deux années disparurent bientôt, sans laisser de traces après eux. Réapparition du réflexe rotulien.

On avait pensé à une lésion médullaire d'origine syphilitique, aussi avait-on institué le traitement mercuriel qui d'ailleurs fut sans succès. Du reste, le tempérament névropathique de G... se refusait totalement à l'administration des médicaments. C'est ainsi que le bromure de potassium produisait non une action calmante et sédative, mais des crampes d'estomac et une surexcitation très vive; l'iodure de potassium du tremblement dans tous les membres, une sensation de brûlure et des picotements dans le genou.

OBSERVATION II

Homme de 48 ans. — Symptômes d'ataxie locomotrice. Crises abdominales et gastriques. Douleurs fulgurantes types. Troubles oculaires. Incoordination motrice. Signe de Romberg peu accentué. Force musculaire conservée. Amélioration notable. Pas d'antécédents syphilitiques ni alcooliques.

B... (Victor), âgé de 48 ans, ancien marin au commerce, est resté aux colonies, Cochinchine et Japon pendant 23 ans. De retour depuis 7 ans, est facteur depuis cette époque. Quelques accès de fièvre intermittente, diarrhée chronique des pays chauds sont les seules affections doit il aie souffert jusqu'en 1880. A ce moment évolue une tumeur blanche du poignet droit. Résection. Quelque temps après, hémoptysies abondantes. Aucun signe stéthoscopique n'a été constaté chez cet homme depuis que nous le connaissons.

De retour en France à la suite de son infirmité, il est nommé facteur. En 1883 éclatent chez lui quelques crises hystériques peu accentuées. Sensation de constriction épigastrique. Sensation d'étouffement avec boule. A été de tout temps très nerveux. Raconte qu'au Cambodge il a guéri une reine d'une maladie incurable (que du reste il ne peut décrire) en s'endormant en fixant un objet brillant, et en lui indiquant dans cet état les remèdes qui devaient la sauver.

A la suite d'une crise hystérique, il est pris tout à coup de douleurs dans les jambes. Il ne sent plus ses jambes, dit-il, et quand il marche, il lui semble toujours avoir ses souliers remplis de gravier. Ces douleurs deviennent plus aiguës. Elles deviennent térébrantes et constrictives. Au même moment apparaissent des troubles gastralgiques et abdominaux. Chose singulière, il est obligé d'abandonner son métier, non par impotence musculaire, mais parce que la marche amène chez lui des vomissements répétés et des coliques atroces. Il reste chez lui ainsi pendant une année, et entre à l'hôpital seulement en juin 1888, moment où les troubles musculaires se déclarent chez lui.

A son arrivée à l'hôpital civil de Rochefort, M. le professeur Bourru, alors chargé du service, qui soignait cet homme depuis longtemps déjà, confirme son diagnostic d'ataxie locomotrice.

A son entrée on constate en effet : Douleurs fulgurantes types. Crises gastralgiques et vésicales. Sens génital complètement aboli.

Du côté des yeux, un peu de prolapsus du côté des paupières supérieures. Diminution progressive de l'acuité visuelle. Deux nuits de suite douleur

intolérable dans l'œil droit. Le malade est examiné par des gens compétents et nous est renvoyé avec la note suivante : « Un peu de paralysie de la paupière supérieure. Pupille normale. Pas de signe de Robertson. Le champ visuel n'est pas rétréci. Le fond de l'œil est intact, la pupille a sa coloration normale et n'est pas atrophiée. En un mot aucune lésion expliquant les troubles fonctionnels qu'accuse le malade ».

Les phénomènes ataxiques musculaires sont peu marqués. L'incoordination n'est pas encore très avancée. Signe de Romberg peu marqué. Prédominance surtout des signes sensitifs. La force musculaire est conservée, le malade porte sur ses épaules un infirmier, s'il est appuyé sur le bord de son lit par exemple comme point d'appui. Dans l'obscurité marche presque impossible. Réflexes rotuliens conservés.

Aucun traitement n'amenant un résultat, sur les conseils du médecin en chef de la salle, le docteur Chauvreau, qui remplissait l'office de chef de clinique, essaya la suggestion. Après quelque temps les phénomènes d'incoordination motrice avaient complètement disparu. Seuls les troubles sensitifs demeuraient. Promu médecin de deuxième classe, le docteur Chauvreau partit pour Lorient. Je pris alors B... et, au bout de quelques jours, deux minutes me suffisaient pour le mettre en état hypnotique. Le malade réclamait du reste ce qu'il appelait son traitement, disant que cela seul empêchait les douleurs atroces qu'il ressentait quelquefois.

Quand nous avons quitté le malade, presque tous les symptômes morbides avaient cessé d'exister. La marche était facile; les douleurs fulgurantes n'existaient plus. Il y avait cependant des douleurs lombaires, que nous n'avons pu faire disparaître et des coliques constantes.

OBSERVATION III

De M. le professeur Pitres

Homme de quarante-quatre ans. Pas d'hérédité névropathique. Pas de syphilis ni d'alcoolisme. Excès vénériens habituels.

En 1876, à l'âge de trente-cinq ans; crises de courbature musculaire. —

En 1877 crises de douleurs aiguës, lancinantes siégeant primitivement dans la hanche droite et s'étendant plus tard à la gauche. Polyurie. — En 1880, douleurs en ceinture. Incertitude de la marche. Sensations de gonflement des pieds et de dénivellement. Signe de Romberg. Excitation génitale suivie de frigidité. — De 1881 à 1886, troubles de la miction, ténesme rectal, crises gastriques. Douleurs fulgurantes types. Persistance de l'incoordination motrice. Pas de troubles de la vue, ni de troubles trophiques. Réflexes rotuliens conservés. Mort de pleurésie tuberculeuse.

Autopsie : Pas de sclérose de la moelle. Pas d'atrophie des racines postérieures. Intégrité des nerfs périphériques.

Pur. (Jean), né en 1842, contre-maître dans une forge, est entré dans mon service à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, le 27 avril 1881, pour des crises douloureuses et de l'incoordination des mouvements des membres inférieurs.

Antecédents héréditaires : Père mort en 1856 de la fièvre jaune dans les colonies. Mère morte d'un accès de fièvre pernicieuse contractée à Talahassec (Floride).

Ni l'un ni l'autre n'était atteint d'affections nerveuses. Pas de renseignements sur les grands-parents.

Antécédents personnels : Pur..., a passé une partie de son enfance dans la Louisiane. Plus tard il a navigué pendant trois ans dans les mers du Sud et de l'Inde. Il s'est ensuite fixé au Sénégal où il est resté deux ans et demi, sans avoir aucune des maladies endémiques si fréquentes dans ce pays. Il n'a eu en particulier, ni fièvre jaune, ni fièvres intermittentes.

Rappelé en France pour faire son service militaire, il a eu, à vingt ans, deux blennorrhagies. Il affirme qu'il n'a jamais eu de chancres. Pendant la guerre franco-allemande, il a été rappelé sous les drapeaux comme ancien militaire et incorporé dans le 34e Régiment de marche. Frappé d'un coup de sabre au combat de Beaume-la-Rolande, il fut renversé et foulé aux pieds par des chevaux; mais ses blessures furent peu graves car, après quinze jours de traitement, il put quitter l'ambulance et rejoindre son régiment qui faisait alors partie de l'armée de l'Est. Durant les derniers temps de la cam-

pagne, il coucha presque toutes les nuits sur la neige, avec ou sans feu, et eut beaucoup à souffrir du froid. Néanmoins, sa santé ne fut pas sérieusement ébranlée, puisqu'aussitôt qu'il fut licencié il entra en qualité de contre-maître dans une fonderie des environs de Bordeaux. Jusqu'en 1876, c'est-à-dire jusqu'à l'âge de trente-cinq ans, il se porta parfaitement bien. Doué d'une intelligence remarquable, parlant couramment cinq langues vivantes, actif, laborieux, il ne faisait assure-t-il, aucun excès de boisson, mais il aimait beaucoup les femmes et abusait des plaisirs vénériens.

Début et marche de la maladie : Le premier symptôme morbide apparut dans le courant de l'année 1876 et fut constitué par des crises de courbature musculaire. Sans avoir fait de travaux pénibles, Pur..., éprouvait de temps en temps une sensation de fatigue qui augmentait rapidement et l'obligeait à appuyer son dos sur un plan résistant ou à se coucher. Après trois quarts d'heure ou une heure de repos, la courbature se dissipait et Pur.., reprenait son travail. Ces crises survenaient aussi bien dans la matinée que dans l'après-midi ; elle se reproduisaient tous les deux jours en moyenne, sans régularité. Quelquefois par exemple, il en arrivait plusieurs dans la même journée, tandis que d'autres fois il s'écoulait quatre ou cinq jours entre deux crises successives. La sensation de courbature siégeait uniquement dans les lombes; jamais elle ne s'étendait aux membres : « J'éprouvais dit Pur..., sans avoir fait aucun exercice exagéré, un sentiment de fatigue, de brisement musculaire tout à fait semblable à celui que j'avais ressenti quelquefois pendant la guerre après de longues étapes faites le sac au dos.» Mais il n'attachait aucune importance à un phénomène qui se dissipait toujours spontanément après un moment de repos.

Ces crises de courbatures musculaires persistèrent pendant les mois d'avril, mai, juin et juillet 1876, puis elles disparurent sans que le malade ait fait aucun traitement, et durant l'hiver de 1876-1877, Pur... n'éprouva aucun symptôme nouveau.

Dans les premiers mois de 1877, il commença à ressentir des douleurs aiguës dans la hanche droite. Ces douleurs survenaient habituellement au saut du lit, et elles s'apaisaient assez rapidement par le fait de la marche.

Elles étaient très vives, instantanées et si brusques qu'elles faisaient souvent tressauter le malade. Elles siégeaient, pendant les premières semaines qui suivirent leur apparition, sur la hanche droite seule, mais plus tard elles s'étendirent à la hanche gauche. Vers le mois de juin 1877, Pur... souffrit en outre de picotements désagréables siégeant à la région lombaire de la de la colonne vertébrale.

Comme à cette époque il rendait une quantité excessive d'urines, jusqu'à quatre litres par vingt-quatre heures, on pensa qu'il avait une affection rénale quoique l'analyse de l'urine ne révélât rien d'anormal dans la composition de ce liquide) et on le soumit à un traitement approprié : cautères le long de la colonne vertébrale, bains de vapeur, iodure de potassium à l'intérieur.

Sous l'influence de ce traitement, les douleurs rachialgiques et la polyurie parurent s'atténuer. Pur... reprit son travail souffrant toujours de temps en temps de ses douleurs aiguës dans les hanches, et resta sans accidents nouveaux jusqu'au mois de mars 1880. A cette époque, les crises douloureuses devinrent plus violentes et plus rapprochées. En outre, dans leurs intervalles, le malade commença à souffrir d'une douleur fixe constrictive, formant ceinture autour de la partie inférieure du ventre et du bassin. « J'avais, dit-il, le bas du ventre et le haut des cuisses comme serrés dans un filet à mailles étroites. A certains moments la constriction devenait extrêmement violente puis elle diminuait, mais elle ne disparaissait jamais complètement. »

En même temps apparut un symptôme important : l'incertitude de la marche. Le malade s'aperçut d'abord qu'il lui était difficile de monter les escaliers ; il lançait ses pieds au delà du but à atteindre ; il s'entravait, il n'avait plus d'équilibre. Ses pieds étaient le siège d'une sensation bizarre ; il lui paraissaient toujours enflés. Un peu plus tard, il lui sembla que le sol était mou « comme du coton ». Enfin il éprouva une sensation encore plus désagréable qu'il décrit sous le nom de sensation de dénivellement et dont voici les caractères : chaque fois qu'il appuyait les pieds par terre il sentait le sol s'enfoncer de trois à six centimètres, et c'est seulement après avoir

subi cet enfoncement que le pied lui paraissait solidement fixé sur un plan résistant ; ses troubles de la coordination motrice augmentaient considérablement dans l'obscurité. Quand le malade voulait marcher les yeux fermés, ses jambes se dérobaient sous lui, la sensation de dénivellement augmentait et, en fin de compte, il était obligé de s'accrocher à un soutien solide pour ne pas tomber.

Une violente excitation génitale coïncida avec l'apparition des symptômes que nous venons d'énumérer. De mars à juillet 1880, Pur... avait des érections interminables et, comme il vivait avec une maîtresse, il se livrait avec une ardeur excessive au plaisir de l'amour. Vers le mois d'août les érections devinrent incomplètes et inefficaces, mais il y avait de fréquentes éjaculations nocturnes survenant à la suite de rêves érotiques ou même sans rêves et non accompagnées de sensations voluptueuses.

Vers la fin de 1880 et le commencement de 1881 le malade eut à plusieurs reprises de la difficulté à uriner et de faux besoins d'aller à la garde-robe. Quand ces accidents survenaient il ne pouvait pisser debout. Il lui semblait aussi que son rectum était rempli de matières dures prêtes à sortir, et quand il se présentait à la garde-robe il faisait d'inutiles efforts pour expulser des matières qui n'existaient pas. Des traitements variés ayant été employés sans succès pour combattre ces divers accidents, Pur... se décida à entrer à l'hôpital Saint-André le 27 avril 1881.

Etat actuel en mai 1881 : Pur... est un homme robuste, vigoureux, puissamment musclé. Son intelligence et sa mémoire n'ont subi aucune altération.

Il fait avec une lucidité parfaite le récit des souffrances qu'il a éprouvées depuis 1876. Il se plaint surtout de la violence et de la fréquence des crises douloureuses siégeant dans les hanches et de la difficulté constante qu'il éprouve à se maintenir en équilibre dans la station verticale ou dans la marche.

Les douleurs surviennent par crise tous les deux à six jours. Elles sont d'une violence excessive. « Il me semble, dit le malade, qu'on m'arrache tout à coup l'os de la cuisse et qu'aussitôt après on le remet en place avec

une brutalité excessive. Cela ne dure qu'un instant, moins d'une seconde assurément, mais c'est atrocement douloureux. Et puis cela se reproduit toutes les minutes ou toutes les deux minutes pendant des heures ». Quand la crise est terminée, il ne reste après elle aucun retentissement douloureux dans la hanche; la pression sur les trochanters est indolente, l'articulation coxo-fémorale ne paraît être le siège d'aucune lésion.

L'incoordination motrice existe seulement dans les membres inférieurs. La marche n'est pas impossible, mais elle est difficile. Pur... se promène cependant une partie de la journée en s'appuyant sur une canne. Il s'avance alors les jambes très écartées, comme s'il n'était pas sûr de conserver l'équilibre, le corps voûté en avant. Il lance les pieds au delà du but à atteindre et laisse retomber fortement ses talons sur le sol. Il a toutes les peines du monde à monter un escalier. Si on le prie de marcher les yeux fermés, il chancelle et est incapable de progresser. Il lui est également impossible de marcher à reculons, que les yeux soient ouverts ou fermés. Avec le secours de la vue, il peut se tenir un instant sur une seule jambe; mais aussitôt qu'il ferme les paupières, il perd l'équilibre et est obligé pour ne pas tomber de se remettre sur les deux jambes.

L'énergie de la contraction des muscles des membres inférieurs est normale. Quand on dit à Pur... de tenir ses jambes étendues et qu'on essaie de les fléchir de force, il oppose une résistance considérable.

Le dynamomètre placé dans le jarret marque, quand le malade fléchit la jambe sur la cuisse, 19 kilog. du côté droit et 24 kilog. du côté gauche. Malgré cette conservation apparente des forces, le malade se fatigue rapidement et serait incapable de faire une longue course.

Il n'y a pas d'atrophie musculaire, ni d'adipose sous-cutanée, ni de troubles trophiques de la peau ou des ongles.

La sensation de position des membres inférieurs est bien conservée. Les yeux fermés, le malade se rend très bien compte des déplacements qu'on imprime à ses jambes, il reconnaît les positions qu'on leur donne, mais il dit que cette sensation est un peu lente à se produire. Tandis qu'il sait toujours la position dans laquelle on place ses membres supérieurs, il a

besoin d'un instant d'attention pour avoir la notion précise de la position qu'occupent ses membres inférieurs. Il ne lui arrive pas de perdre ses jambes dans son lit.

La sensibilité cutanée est obtuse. Les piqûres pratiquées sur les pieds et les jambes sont perçues avec un léger retard et avec un dédoublement des sensations par suite duquel le malade perçoit d'abord un contact simple puis une piqûre. Ces deux sensations successives sont séparées par un intervalle très court, un dixième de seconde environ. C'est peut-être à ce phénomène du dédoublement des perceptions qu'il faut rapporter la sensation de dénivellement, qui contribue pour une large part à rendre la marche incertaine et hésitante.

Dans tous les cas, si on fait marcher le malade sur les genoux il éprouve la même sensation d'affaissement du sol que lorsqu'il appuie sur les pieds.

Le chatouillement plantaire est bien perçu et les réflexes consécutifs à ce chatouillement sont normaux. Le réflexe crémastérien est conservé : le soulèvement du testicule est plus fort à droite qu'à gauche. Les réflexes rotuliens ne sont pas abolis. Ils persistent même après l'éthérisation locale, jusqu'à insensibilité absolue de la peau qui recouvre les tendons rotuliens. La percussion des muscles triceps donne lieu à une contraction brusque, comme chez les sujets sains.

Il n'y a rien d'anormal dans les membres supérieurs. Les pupilles sont égales, mais rétrécies. Elles réagissent normalement à la lumière et aux efforts d'accommodation. Le malade n'a jamais eu de diplopie. Sa vue est bonne. Après un séjour de quelques mois dans le service, Pur... quitta l'hôpital et reprit ses fonctions dans une fonderie. Il éprouvait beaucoup de peine à se diriger dans l'usine, au milieu des machines, des foyers et de la fonte en fusion. Il fit souvent des chutes dangereuses. On utilisa alors son activité dans les ateliers de dessins où il pouvait rendre des services sans être exposé à des accidents.

Il revint à l'hôpital en octobre 1883 et les notes recueillies à cette époque signalent quelques modifications importantes dans les symptômes de la maladie. J'y trouve consignées les particularités suivantes : « Depuis un an

environ le malade a dans les membres inférieurs de véritables crises de douleurs fulgurantes. Elles surviennent à des intervalles irréguliers et ne durent jamais plus de quelques heures. Elles éclatent surtout le soir, après le coucher, quand la chaleur du lit commence à se faire sentir. Les douleurs ont le caractère de fulgurations très rapides partant de la région des fesses et éclatent tout à coup « comme des fusées » dans les jambes et les cuisses. Dans leurs intervalles, il y a souvent des crampes très pénibles dans les muscles des membres inférieurs. Depuis que ces crises fulgurantes ont fait leur apparition, les tiraillements des hanches ont disparu. La douleur en ceinture est plus fréquente qu'autrefois, mais moins violente ».

En mars et en juillet 1883, le malade a eu deux grandes crises gastralgiques. La première a duré six jours, la seconde quinze. Ces crises étaient caractérisées par des douleurs intolérables, accompagnées de vomissements glaireux peu abondants.

Pendant toute leur durée il y eut une sialorrhée abondante et du ténesme rectal.

Dans l'état actuel, rien à signaler, si ce n'est la persistance des symptômes constatés en 1881, la démarche est toujours incertaine. La sensation de dénivellement persiste. Le signe de Romberg est très net. Les réflexes rotuliens sont conservés. Les piqûres sont toujours perçues en deux temps (premier, contact; deuxième, piqûre); pas de troubles de la vue. Pas de troubles trophiques.

Etat général bon.

Dans le courant de l'année 1884, les symptômes précédemment indiqués persistent sans modifications notables. Il y eut cinq ou six crises gastralgiques. En 1885 le protocole de l'observation signale que la sensibilité cutanée est plus obtuse qu'en 1883. Les piqûres et les pincements pratiqués sur les membres inférieurs sont perçus avec des retards considérables et de grosses erreurs de lieu. Les sensations de la chaleur sont mal appréciées. Un jour, le malade se chauffant les pieds devant le feu laissa brûler ses chaussons sans s'en apercevoir. Les crises de douleurs fulgurantes sont, en revanche, moins fréquentes et moins violentes. Les picotements rachialgi-

ques persistent ainsi que les douleurs en ceinture ; ces dernières ont même augmenté d'intensité, la miction est habituellement facile. Pas d'appétence génésique. Les érections sont rares sans désir érotique. Pas de pollutions nocturnes. Le testicule droit est beaucoup plus petit que le gauche. Sa consistance est plus molle et sa sensibilité à la pression et au choc est très affaiblie. Le malade ignore à quelle époque a débuté cette atrophie testiculaire, mais il assure très catégoriquement qu'elle n'existait pas avant le début de sa maladie. Il n'a eu, du reste, ni orchite, ni variole, ni scarlatine, ni oreillons, ni syphilis qui puissent en être la cause. Le testicule gauche n'a pas diminué de volume. Sa sensibilité à la pression et sa consistance sont normales.

Le réflexe au chatouillement plantaire est aboli. Le réflexe rotulien est normal à gauche, et légèrement affaibli à droite. Pas de distrophie de la peau ou des ongles. Pas d'atrophie musculaire. Le goût, l'ouïe, l'odorat sont normaux. Pupilles égales réagissant bien à la lumière et à l'accommodation, myosis léger.

Après être sorti de l'hôpital dans les premiers mois de 1886, Pur... y revient une dernière fois en novembre. Il fut admis dans le service de M. Riquard et présentait, paraît-il, les mêmes symptômes tabétiques qu'autrefois. Quelques jours après son admission, il se plaignit d'un violent point de côté. Puis il fut pris de fièvre, de dyspepsie intense avec tendances à la syncope et finalement il succomba le 5 décembre 1886. M. Riquard voulut bien m'autoriser à pratiquer son autopsie le lendemain.

Autopsie : En enlevant le plastron sternal, on remarque que le tissu cellulaire du médiastin antérieur est œdémateux, infiltré de sérosité louche, blanchâtre et parsemé de nombreux ganglions lymphatiques tuméfiés au point d'avoir souvent le volume de grosses amandes. La cavité pleurale droite renferme un épanchement enkisté de un litre environ de liquide sanguinolent. La loge formée en bas par le plan supérieur du diaphragme, en haut par le poumon refoulé en dedans par le médiastin, et en dehors par la cage thoracique est tapissée de fausses membranes épaisses, très vasculaires renfermant des milliers de granulations tuberculeuses miliaires.

Les deux poumons sont également infiltrés de tubercules miliaires. Le foie a son volume normal ; il renferme dans un de ses canaux biliaires un calcul arborisé dont la branche principale a le volume d'une plume d'oie.

Le cœur est sain. Les reins ne présentent pas d'altérations appréciables. Les muqueuses de l'estomac et de l'intestin sont normales.

Les méninges céphaliques, le cerveau, le cervelet, la protubérance, le bulbe rachidien ont toutes les apparences de l'état normal. On ne remarque pas des dégénérescences grises des nerfs crâniens.

La moelle épinière est enlevée avec précaution. Après incision longitudinale de la dure-mère, on aperçoit les méninges rachidiennes qui paraissent tout à fait saines. Pas d'épaississement de la pie-mère, pas de néo-membranes de l'arachnoïde. Les racines postérieures ont le volume et l'aspect chatoyant qu'elles présentent dans les conditions normales. La moelle elle-même est ferme. Ni à sa surface, ni sur les coupes transversales on ne distingue de teinte grisâtre au niveau des cordons postérieurs. Les substances blanches et grises sont bien distinctes ; elles paraissent inaltérées. Plusieurs ganglions rachidiens enlevés avec la gouge dans les trous de conjugaisons se présentent avec la forme, le volume et la consistance de ganglions normaux. La moelle a été plongée aussitôt après l'autopsie dans une solution de bichromate d'ammoniaque à 2 p. 100, où elle est restée jusqu'à ce qu'elle soit assez dure pour qu'on y puisse pratiquer des coupes minces destinées à l'examen histologique. Un grand nombre de tronçons de nerfs périphériques, plusieurs paires de racines rachidiennes et quelques nerfs viscéraux ont été placés pendant 24 heures dans de petits flacons soigneusement étiquetés, et renfermant chacun quelques centimètres cubes d'acide osmique en solution aqueuse à 1 p. 150. Ils ont été ensuite lavés, dissociés, colorés au picro-carmin ou à la glycérine éosinée et montés en préparations persistantes.

Examens Histologiques. — I. *Moelle épinière*: Sur les coupes transversales provenant des différentes régions de la moelle (cervicale, dorsale et lombaire), coloriées au carmin ou à l'hématoxyline de Weigert et clarifiées par les procédés ordinaires, on ne trouve nulle part de taches scléreuses.

Les cornes de substance grise et les cordons blancs ont les apparences de l'état normal : cellules et tubes sont également sains.

Le tissu conjonctif intertubulaire n'est pas épaissi. Dans les cordons de Goll et les zones radiculaires externes en particulier rien n'indique l'existence d'une sclérose confirmée ou d'un début d'altération scléreuse.

La seule particularité digne d'être signalée c'est que les parois des vaisseaux sanguins sont dans toutes les hauteurs de la moelle plus denses et plus épaisses qu'à l'ordinaire. Il semble qu'il y ait une légère périartérite diffuse. Il faut ajouter que les artères ainsi altérées ne forment pas de centres d'où s'irradient des travées conjonctives élargies : l'altération est limitée aux parois vasculaires ; elle ne s'étend pas au delà. Ajoutons encore que cet épaississement des parois vasculaires est peut-être un peu plus manifeste dans le segment postérieur de la moelle (cordons et cornes), mais qu'il existe aussi dans les cordons latéraux et dans les cornes antérieures.

Racines rachidiennes : Quatre paires de racines rachidiennes provenant des régions dorsale et lombaire de la moelle ont été dissociées et soumises à l'examen ; il a été impossible d'y constater la moindre altération. Les racines postérieures renferment aussi bien que les antérieures des fibres nerveuses intactes pourvues de gaînes de myéline saine, sans fragmentation ni atrophie.

Nerfs périphériques : Douze fragments de nerfs périphériques ont été dissociés après l'action de l'acide osmique et examinés au microscope. Ils provenaient des nerfs suivants : 1° cubital droit ; 2° dixième nerf intercostal droit ; 3° sciatique gauche ; 4° crural gauche ; 5° et 6° sciatiques poplités interne et externe gauche ; 7° et 8° sciatiques poplités interne et externe droit ; 9° tibial antérieur gauche ; 10° tibial antérieur droit ; 11° musculo-cutané gauche ; 12° musculo-cutané droit. Tous ces nerfs, sans exception, sont dans un état parfait d'intégrité. Quelques filets cutanés recueillis dans la peau du scrotum sont également tout à fait normaux.

Nerfs viscéraux : Parmi les nerfs viscéraux soumis à l'examen histologique, les grands splanchniques, les pneumo-gastriques, les laryngés supérieurs droits et gauches, le récurrent droit et le phrénique droit sont sains.

Le récurrent gauche, au contraire, présente de grosses altérations. Il ne renferme pour ainsi dire plus de tubes nerveux à myéline. Il est composé presque exclusivement de fibres atrophiés, d'aspect rubanné très difficile à isoler les uns des autres par la dissociation. Les nerfs de l'estomac et du cœur paraissent également altérés. Les quelques fibres myéliniques qu'on y rencontre à l'état normal ont disparu ; on n'aperçoit pas des fibres sans myéline. Quant aux fibres de Remak qui se trouvent toujours en grande abondance dans ces nerfs, les procédés que nous avons employés ne permettent pas de déterminer avec précision si elles sont saines ou altérées.

OBSERVATION IV

(Thèse de M. Picquechef, communiquée par M. Huchard, de l'hôpital Bichat).

O. Anaïs, 39 ans, couturière, entrée le 28 mai 1885 à l'hôpital Bichat (salle Récamier, lit 18).

Père mort à 59 ans, n'était ni alcoolique ni nerveux ; la malade n'a pas connu sa mère ; elle n'a qu'un frère qui se porte bien ; pas d'enfants.

La malade a été réglée à 12 ans, fièvre typhoïde à 14 ans ; pas de syphilis, ni de rhumatisme, ni d'alcoolisme, mais elle est sujette aux migraines. C'est une femme très impressionnable, elle pleure facilement, a le caractère bizarre. Pas de point ovarique, n'a jamais eu d'attaques nerveuses.

Début : Il y a 4 ans, par douleurs dans le dos, fatigue et faiblesse dans les membres inférieurs, fourmillements dans les jambes ; quelquefois ces douleurs étaient lancinantes, la malade les compare à des coups de lancette. A la même époque elle éprouva des douleurs en ceinture, il semblait à la malade qu'elle était serrée dans une cuirasse, et elle fut prise de vomissements douloureux survenant par crises, se répétant 5 ou 6 fois dans la journée, durant 2 à 3 jours, laissant ensuite 4 à 5 jours de calme et réapparaissant alors avec les mêmes caractères. D'abord alimentaires, ils devenaient bientôt bilieux, quelquefois contenaient des filets de sang. Ces vomissements ne s'accompagnaient pas de céphalalgie ni de malaise général.

Très intenses pendant une année, ces vomissements ont cédé à l'application de vésicatoires à la région épigastrique et de pointes de feu sur la colonne vertébrale. Pendant deux ans et demi la malade n'a plus eu de vomissements, elle n'avait de temps en temps qu'un peu de malaise. Mais alors réapparurent la perte d'appétit, une céphalalgie très intense, des douleurs très vives et des vomissements ayant les mêmes caractères que précédemment. A cette époque pas de difficulté dans la marche, mais troubles visuels, diplopie, éblouissements, bourdonnements d'oreille, vertiges. Elle se présente à l'hôpital Beaujon ; la malade qui est intelligente et qui se rappelle très bien les questions qui lui furent posées et l'examen qui a été fait, nous dit qu'à cette époque on constata une diminution des réflexes patellaires, surtout du droit, et qu'il lui fut impossible de se tenir à cloche pied les yeux fermés ; elle n'avait pas alors d'autres symptômes d'ataxie. On prescrivit des frictions à l'essence de térébenthine le long de la colonne vertébrale et des douches. Elle ne sortit pas guérie complétement, mais put reprendre son métier de couturière.

Après trois mois de cette amélioration, nouveaux vomissements ; cette fois seulement, ils sont accompagnés de frissons, de fièvre ; durée 15 jours, puis guérison. Le 25 mai 1885, la malade se présente à la consultation de M. le docteur Huchard et est reçue dans le service. Elle n'a pu monter seule l'escalier.

Etat actuel : Facies pâle, maigreur, peau sèche et icthyosique, pas de vomissements ni de diarrhée, rien au cœur ni dans les poumons; de chaque côté de l'épine dorsale, on voit des pointes de feu que l'on avait appliquées croyant avoir affaire à une affection médullaire.

La pression des apophyses épineuses dorsales est douloureuse. A l'état de repos la malade éprouve une douleur sourde le long de la colonne vertébrale, elle devient très vive dans les mouvements. Du côté des yeux, le signe d'Argyll Robertson n'existe pas; la malade ressent dans diverses parties du corps des douleurs vives qu'elle compare à des éclairs, cependant ces douleurs ont une tendance à persister aux membres inférieurs; elles n'ont pas la spontanéité des douleurs fulgurantes.

Le réflexe patellaire est diminué du côté droit, conservé du côté gauche, retard dans sa production.

Si on fait marcher la malade, on constate qu'elle se met difficilement en route, qu'elle a une démarche hésitante, titubante, qu'elle va à petits pas, mais sans grandes oscillations de corps. Elle jette la jambe droite de côté en demi-cercle. Ce n'est pas en somme la démarche de l'ataxique.

La sensibilité éprouve un retard sur toute l'étendue du corps pour tous les genres de sensation; légère analgésie.

Lorsqu'elle est couchée, la malade se rend compte de la position de ses membres inférieurs.

Les troubles gastriques ont cessé, mais les douleurs en ceinture persistent. Rien du côté de la vessie, ni du rectum, ni des organes génitaux.

En présence de ces symptômes et d'après l'évolution de la maladie, on porte le diagnostic : Ataxie locomotrice. Mais M. Huchard fait remarquer les allures bizarres de la malade, l'immobilité des traits, le facies tout spécial et le regard particulier, la physionomie en un mot qu'il est difficile de décrire, mais qui ressemble au facies hystérique. Il fait constater une anesthésie de l'épiglotte, insiste sur certains troubles de la sensibilité spéciaux à l'hystérie, sur la mobilité des sensations et du caractère de la femme, sur l'existence des douleurs sur le trajet du rachis, douleurs imputables à une simple irritation spinale. La marche non plus n'est pas très caractéristique, il existe des signes ataxiformes, mais ce n'est pas une véritable ataxie.

M. Huchard prescrit 2 grammes de bromure de potassium.

15 mai : La malade commence à marcher en se soutenant le long des murs. Pas de crises de vomissements.

7 juillet : M. Huchard arrive à suggérer à sa malade l'idée de sa guérison; la malade a confiance, espère absolument sa guérison et depuis un jour elle marche beaucoup mieux : elle est en voie de guérison.

Fin juillet : La malade fait sans le moindre appui le tour de la chambre, quoique à petits pas ; possibilité de s'arrêter et de tourner sur elle-même

au commandement ; la malade a complètement conscience de la nature du sol ; pas de zone d'anesthérie, mais le retard de la sensibilité persiste.

Très bon état général.

Nous apprenons depuis que la malade est sortie guérie.

OBSERVATION V

Du professeur Kowalensky. (Thèse de M. Picquechef).

J. D., 37 ans, marié, entra dans le service de notre hôpital, le 23 juillet 1884.

Pas d'antécédents héréditaires. Le malade lui-même se souvient de n'avoir eu aucune affection depuis son enfance; toutefois il était très délicat et très impressionnable. Il recherchait très volontiers la solitude et laissait alors libre cours à son imagination. A l'école, puis plus tard au séminaire, il compta parmi les élèves moyens; mais en tout temps il lisait surtout les livres qui excitaient son imagination. A la fin de ses études, il se maria et eut 6 enfants encore vivants. Un malheur de famille survenu au bout de 5 ou 6 années devient la cause de sa maladie actuelle. Son beau-frère fut atteint de *tabes dorsalis*. Sa maladie débuta sous ses yeux et le malade mourut devant lui. J. D. avait suivi avec soin le cours de la maladie et s'était convaincu de son incurabilité.

Ces circonstances éveillèrent chez lui des obsessions, et puis il était poursuivi par l'idée que lui-même deviendrait victime de cette maladie. Le degré d'obsession devient si prononcé qu'au milieu de l'année il crut ressentir tous les symptômes de l'affection médullaire. Les choses débutèrent par le rachis; le malade éprouva des douleurs le long du dos, particulièrement dans la région lombaire ; au bout de peu de temps elles apparurent sous forme de douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs. La marche était assez facile sur une surface unie. Mais le malade voulait-il monter un escalier, il trébuchait et manquait de tomber. Pendant le jour il se servait assez bien de ses jambes, mais ne pouvait le faire dans l'obscurité et lors-

qu'il fermait les yeux. En même temps que les douleurs, il remarqua que sa démarche devenait incertaine et titubante. Sensation de faiblesse et de pesanteur dans les jambes. Sensation de constriction et de douleur en ceinture à la poitrine. A la plante des pieds, sensation de quelque corps étranger interposé entre celle-ci et le sol. Bientôt survinrent du vertige, de la constipation et de la rétention d'urine. Ce n'était pas une véritable rétention; il semblait seulement au malade que son urine n'était pas exécutée assez vite et qu'une partie restait dans la vessie. Tous ces symptômes tourmentèrent tellement le malade qu'il perdit le sommeil, l'appétit et en vint à songer au suicide; mais voulant auparavant tenter une dernière chance, il vint à l'hôpital.

Etat actuel : Malade d'aspect vigoureux, à physionomie très sympathique; rien d'anormal dans les mouvements des yeux; rien dans l'acuité visuelle ni dans les mouvements de la pupille; rien non plus du côté des autres sens spéciaux. La sensibilité des membres inférieurs est normale; lorsqu'on lui obture les yeux le malade trébuche; mais si on lui commande de rester tranquille le malade cesse ces oscillations. De même pendant la marche, il fait tout d'abord des mouvements de zig-zag, mais ce trouble disparaît si on commande de marcher droit. — Réflexes rotuliens normaux ; il en est de même des réflexes musculaires et de ceux produits par la douleur; la colonne vertébrale n'est sensible ni à la percussion ni à l'élévation de la température. Rien du côté de l'intelligence. Toutefois l'imagination est bizarre et le malade est superstitieux ; il a, d'après ce que j'ai entendu dire, la conviction que je dois le guérir.

Il resta à la clinique 23 jours et en sortit complètement guéri.

Au début, il se plaignait d'absence de sommeil, de vertige, de faiblesse dans les jambes, d'incertitude dans la marche, de douleurs rénales; il n'osait pas bouger. Le lendemain de son entrée, on lui commande de creuser la terre et de la transporter dans une brouette. La première fois le malade fut épouvanté; mais lorsqu'il eut ainsi travaillé pendant toute une journée, il s'endormit bien, le vertige disparut, l'appétit revint et la

disposition d'esprit ne laissa plus rien à désirer; mais il restait encore des douleurs dans les jambes explicables par le travail. En même temps on ordonnait la faradisation générale des douches froides de 15 minutes le long du dos. Au bout de 23 jours de ce traitement, le malade était complètement guéri de son *tabes*.

II

SYMPTOMATOLOGIE

L'ataxie locomotrice est une maladie bien connue. Nous voulons dire qu'elle a été si bien décrite que nous n'avons pas l'intention de reproduire ici tous les symptômes qu'on a pu rencontrer dans cette maladie. Nous examinerons seulement ceux qu'ont présentés nos malades, afin d'établir le syndrome clinique que nous appelons *pseudo-tabes* dont les symptômes sont très analogues au *tabes* classique, mais dont la marche, la terminaison et très probablement le substratum anatomique sont très différents. L'hystérie qui est en somme une névrose du système nerveux tout entier (cerveau, moelle, etc.) peut simuler toutes les maladies du système nerveux. Nous allons donc chercher à établir quels sont les symptômes morbides appartenant à l'ataxie locomotrice que nous avons rencontrés dans l'examen de nos malades et nous étudierons en même temps les différentes formes qu'ils revêtent.

Le début de l'ataxie locomotrice, dit Topinard, varie de une à trente années. Chez nos malades, au contraire, le début est brusque et subaigu. Dans l'observation I, pas de période préataxique. A la suite d'une crise, les troubles de la sensibilité et de l'incoordination débutent simultanément. Dans l'observation suivante, ce sont les douleurs qui ouvrent la scène, mais les phénomènes de l'incoordination motrice ne tardent pas à leur faire cortège.

Une fois la maladie bien constituée, bien établie, étudions

les principaux symptômes que nous rencontrons : 1° Les troubles de la sensibilité et ses modifications; 2° les crises viscéralgiques et les désordres des organes génitaux; 3° les troubles oculaires; 4° les troubles des réflexes; 5° l'incoordination motrice; 6° l'état de la force musculaire; 7° les troubles trophiques et enfin 8° l'état psychique.

1° Troubles de la sensibilité. — (a) *Subjective* : Ce sont généralement les douleurs qui éveillent l'attention du patient. Elles sont souvent intolérables d'emblée; peu de prodromes. Elles reviennent par crises (obs. III). Leur caractère fondamental est en effet la mobilité et l'intermittence. Changeant de place à chaque instant, elles siègent sur le corps en entier; nerfs crâniens (observ. II). Elles revêtent également toutes les formes : fulgurantes, ressemblant à des décharges électriques, partant des jambes et s'élançant vers le tronc (observ. I); térébrantes, lancinantes (observ. III) et parfois constrictives.

(b) *Objective* : En étudiant la sensibilité objective, on retrouve dans le *pseudo-tabes* toutes les modifications du *tabes* vrai : hypéresthésie, hypéralgésie, souvent analgésie complète ou incomplète. La sensation cutanée est toujours obtuse, fréquemment retard dans la perception.

Enfin, on trouve quelquefois la dysesthésie. Le malade (observ. II) a la sensation de gravier quand il marche; le malade (observ. III) a la sensation pénible de dénivellement « qui contribue pour une large part à rendre la marche incertaine et hésitante ».

2° Crises viscéralgiques et désordres des organes génitaux. — Chez tous nos malades les crises sont intenses et nombreuses. Dans l'ataxie vraie, Topinard considère ces troubles comme des complications. Tous nos malades ont des crises gastriques accompagnant généralement la période d'intensité des douleurs fulgurantes. Chez notre malade (observ. II), les

crises gastriques et abdominales arrivent à la suite de la moindre fatigue et l'obligent au repos. Dans notre observation III, nous trouvons mentionnées deux grandes crises gastralgiques; la première a duré six jours, la seconde quinze. Ces crises étaient caractérisées par des douleurs intolérables, accompagnées de vomissements glaireux peu abondants. Pendant toute leur durée, sialorrhée abondante et ténesme rectal. Dans l'observation IV, nous constatons des vomissements très douloureux survenant par crises, se répétant cinq ou six fois dans la journée durant deux à trois jours, laissant ensuite quatre à cinq jours de calme et réapparaissant alors avec les mêmes caractères.

En examinant les organes génitaux, on constate en général une violente excitation génitale avec l'apparition des symptômes primordiaux. Anaphrodisie ordinaire, excepté chez notre premier malade. Quelquefois difficulté d'uriner accompagnée de faux besoins d'aller à la garde-robe (observ. III); d'autres fois, chez le même malade, pendant le cours de l'affection, quantité excessive d'urines, jusqu'à quatre litres par 24 heures. Pas d'affection rénale, l'analyse des urines ne révéla rien d'anormal dans la composition de ce liquide. Chez le malade (observ. I), érections douloureuses avec envies fréquentes d'uriner que le malade ne peut satisfaire. Douleurs néphrétiques très vives. L'analyse des urines faite à ce moment dénote la présence d'une quantité anormale de phosphates. Signalons enfin (obs. III) une atrophie testiculaire du côté droit, ayant débuté depuis le commencement de la maladie (il n'a du reste ni orchite, ni variole, ni scarlatine, ni oreillons, ni syphilis qui puissent en être la cause).

3° Troubles des nerfs craniens. — Du côté des yeux, et c'est là un des caractères qui nous permettront de différencier le faux tabes du vrai, nous avons toujours trouvé des lésions

fonctionnelles. Dans l'observation III elles ont été très peu marquées, puisque nous n'avons constaté qu'un léger myosis. Chez notre premier malade, l'acuité visuelle est diminuée. Pas de lésions appréciables, le fond de l'œil est normal. Dans notre observation II léger ptosis, diminution progressive de l'acuité visuelle, douleurs intolérables dans l'œil droit, aucune lésion à l'examen direct ou à l'ophtalmoscope. Enfin, chez notre dernier malade, troubles visuels constatés, diplopie, éblouissements, mais rien d'anormal à l'examen, pas de signe d'Argyll Robertson. Nous avons insisté sur ces troubles de la vision, parce qu'ils nous serviront, comme nous le disions plus haut, pour notre diagnostic différentiel. Les maladies de l'œil ont en effet cet avantage que l'on peut en étudier l'anatomie pathologique en même temps que la symptomatologie. Sans doute que les accidents s'étaient bornés à une congestion passagère dont les effets se sont dissipés spontanément.

Nous avons enfin remarqué de plus des troubles de l'ouïe, bourdonnements, vertiges ; des troubles des nerfs moteurs oculaires, du trijumeau, ce qui nous autorise à dire que dans la maladie que nous étudions les symptômes encéphaliques loin d'être spéciaux aux nerfs oculaires sont communs aux douze paires nerveuses.

4° Réflexes rotuliens. — Les réflexes rotuliens sont conservés chez nos malades (obs. II et III). Conservé du côté gauche et nul à droite (obs. I). Enfin dans la quatrième, on lit : réflexe patellaire diminué du côté droit, conservé du côté gauche, un peu de retard dans sa production.

5° Incoordination motrice. — A peu près la même mais moins marquée que dans le *tabes* vrai. Mouvements difficiles surtout dans l'obscurité. La coordination des mouvements, qui d'ordinaire est spontanée, a besoin de l'intervention de l'intelligence et de la vue. Enfin chez tous nos malades, quoique les

troubles de la mobilité soient bien moins marqués que dans le *tabes* vrai, la démarche est cependant assez caractéristique pour qu'on puisse poser le diagnostic à distance. Ces phénomènes d'incoordination ont ceci de remarquable, c'est que dans deux de nos observations ils ont apparu en même temps que les désordres sensitifs. On verra du reste par la suite que ce sont eux qui ont disparu les premiers. Inutile d'insister sur l'occlusion des yeux qui augmente l'incoordination.

6° Etat de la force musculaire. — Chez aucun de nos malades nous n'avons constaté la moindre atrophie ni la moindre diminution de puissance musculaire. Le malade (obs. II) porte un homme sur ses épaules. Chez celui de l'observation III, le dynamomètre marque, quand il fléchit la jambe sur la cuisse, 19 kil. du côté droit et 24 kil. du côté gauche. Et cependant malgré cette conservation apparente des forces, le malade se fatigue rapidement et ne saurait fournir une longue course. Ce dernier phénomène s'explique du reste facilement; tout mouvement brusque et rapide entraîne forcément après lui une certaine fatigue; or, ces mouvements-là, l'ataxique les renouvelle à chaque pas.

7° Troubles trophiques. — Aucun trouble trophique si fréquent dans le *tabes* : zona sur trajets nerveux, douleur à la pression sur les gros troncs nerveux, sciatique par exemple.

8° Etat psychique. — Disons un mot de l'état de l'intelligence. Chez notre premier malade, troubles passagers dus à son état nerveux, cauchemars, hallucinations. Tous nos autres malades ont conservé toutes leurs facultés intellectuelles et sont, en général, instruits et intelligents (obs. III et IV).

Marche, durée, terminaison. — Pas de période prémonitoire chez deux de nos malades. Douleurs et incoordination débutent simultanément. La maladie ne progresse pas ; au contraire, peu à peu les phénomènes s'amendent, l'ataxie disparaît et

après elle, contrairement à ce qui se passe dans le *tabes* vrai, les douleurs disparaissent.

La durée ne saurait être fixée. Comme nous avons à faire à une manifestation de l'hystérie, elle peut disparaître chaque jour ou durer toute la vie. Cependant nous croyons que vu l'efficacité du traitement la durée en est courte. Quant à la terminaison, elle est toujours favorable. Dans notre observation III le malade a été enlevé par une maladie intercurrente, une pleurésie tuberculeuse.

Anatomie pathologique. — Que dire de l'anatomie pathologique? La seule autopsie qui ait été faite n'a révélé aucune lésion anatomique et nous rangerons donc le *pseudo-tabes* parmi les névroses, c'est-à-dire parmi les maladies dont les lésions organiques échappent à nos moyens d'investigation actuels. Ce qu'il nous suffit de retenir pour le moment, c'est que l'autopsie de notre observation III qui, comme on peut le voir par sa relation, a été faite avec toute la compétence et le soin nécessaires, n'a donné aucune lésion soit de la moelle, soit du système nerveux périphérique. De même, l'examen ophtalmoscopique n'a jamais donné à l'examinateur la moindre lésion anatomique.

III

DIAGNOSTIC

« L'hystérie est une pathologie en raccourci », dit Axenfeld. Ne simule-t-elle pas, en effet, parfois avec une étonnante fidélité, nombre d'affections graves ou légères, passagères ou durables ? Il n'est donc pas étonnant de rencontrer l'ataxie locomotrice au nombre des manifestations de cette névrose, comme on y rencontre l'hémiplégie, l'amblyopie, des accidents simulant la coxalgie. Il y a cependant des différences notables entre le *tabes* vrai caractérisé par la sclérose des cordons postérieur et le *tabes* faux, fonctionnel, caractérisé neurasthénique. Ce sont ces différences que nous allons étudier.

1° *Y a-t-il atuxie ?* Les symptômes que nous avons décrits dans le chapitre précédent ne permettent pas la moindre hésitation à ce sujet.

2° *La simulation.* — Toutes les fois qu'il s'agit d'hystérie, certains cliniciens invoquent la simulation. A cette objection nous répondrons qu'il est difficile de feindre certains troubles que nous avons signalés chez nos malades : crises gastralgiques avec vomissements, démarche typique, anesthésie partielle ou totale. De plus, comme le dit M. le professeur Pitres en parlant du malade (observ. III) : « Une simulation de ce genre prolongée pendant dix ans impliquerait une telle habileté, une telle force de volonté que vraiment il est impossible de croire à sa réalité. Et dans quel intérêt Pur... aurait-il dépensé tant d'astucieuse persévérance? C'était un homme fort, intelligent, actif,

parlant et écrivant cinq langues vivantes. Il lui était très facile de trouver hors de l'hôpital des moyens d'existence. Pourquoi donc se serait-il appliqué pendant si longtemas à simuler des souffrances qu'il n'éprouvait pas? » Nos malades présentaient donc bien réellement les symptômes tabétiques dont ils se plaignaient.

Mais il est temps d'aborder une partie capitale de ce chapitre, à savoir la distinction entre le *tabes* organique et le *tabes* fonctionnel.

Ces deux maladies diffèrent l'une de l'autre par :

1° *Le début et les causes occasionnelles.* — La maladie s'établit souvent d'emblée, comme nous l'avons déjà dit, sans période préataxique (obs. I), en voyant un malade atteint de la même affection. Le professeur Kowalenski (*Centrablatt für Nervenheilkunde, von Erlenmeyer*, 1881) a rapporté chez un prêtre grec, sous le nom de *tabes dorsalis illusiora*, une observation de *tabes* purement fonctionnel, contracté à la suite de la vie en commun avec un tabétique. Son beau-frère fut atteint de *tabes* et mourut devant lui. Ces circonstances éveillèrent chez lui des obsessions et il était poursuivi par l'idée qu'il mourrait de cette maladie. Au milieu de l'année suivante, il présentait tous les symptômes de l'affection médullaire. Il n'osait remuer de peur de douleurs, on le fit se livrer à des travaux physiques ; en même temps on ordonna la faradisation générale, les douches froides de 15 minutes le long du dos. Au bout de vingt-deux jours de traitement le malade était complètement guéri de son *tabes*.

Enfin, si au moment où débute la maladie on recherche les antécédents du malade, les symptômes concomitants qui accompagnent les phénomènes tabétiques peuvent mettre sur la voie et sont d'une grande importance. Comme on le voit dans nos observations I, II et IV, les sujets sont notoirement

hystériques. Le malade (obs. III) est également un névropathe, impressionnable, sujet aux migraines, quoique n'ayant cependant jamais eu d'attaques nerveuses. Mais on n'ignore pas que d'après Charcot les attaques manquent chez un tiers au moins des hystériques.

2° *Troubles de la sensibilité.* — Ils sont beaucoup plus marqués que dans le *tabes* vrai. Ce sont eux qui dominent la scène, revêtent toutes les formes, s'attaquent à tous les organes. Ces phénomènes sensitifs sont remarquables par leur mobilité et leur intensité. En un mot la mise en scène est des plus tapageuses et c'est de l'ataxie hystérique que l'on peut dire comme M. Huchard de toutes les manifestations hystériques ou névrosiques : beaucoup de bruit pour rien (much ado about nothing). Les malades sont de plus en proie aux mille tourments de leur névrose, migraines intenses, sensation de calotte de plomb, anesthésie, boule hystérique, etc; phénomènes qui disparaissent souvent quand on ne les combat pas et résistent aux interventions thérapeutiques les plus énergiques. Ce sont là, comme on le voit, autant de signes très utiles pour le diagnostic.

3° *Crises viscéralgiques.* — Comme nous le disions dans le chapitre précédent, ces crises qui sont constantes chez nos malades sont regardées comme des complications dans le *tabes* organique. Les troubles des voies génito-urinaires sont les mêmes dans les deux cas.

4° *Troubles oculaires.* — C'est peut-être du côté de l'organe de la vision, de tous nos organes du reste celui qui tombe le mieux sous l'exploration de nos sens, que l'on rencontre les différences les plus tranchées entre les deux formes de *tabes* que nous étudions. Chez tous nos malades en effet nous avons constaté des troubles oculaires manifestes; amblyopie, diplopie, léger myosis (obs. III) sans qu'à l'ophtalmoscope on trouve la

moindre raison anatomique, le moindre degré de lésion. Ces phénomènes offraient du reste toujours les mêmes caractères que les autres phénomènes sensitifs; troubles transitoires, sensations de brouillards et étincelles, mais jamais de troubles visuels permanents. Dans l'ataxie organique au contraire toutes ces lésions sont accompagnées du signe d'Argyll Robertson, d'inégalité pupillaire. Le nerf optique est décoloré, il a une teinte grisâtre : atrophie grise.

5° Dans le *tabes* vrai, les réflexes sont abolis, dans aucune de nos observations ils ne le sont complètement, dans deux d'entre elles (II et III) ils sont normaux.

6° *Incoordination motrice.* — Dans le *pseudo-tabes* c'est le système moteur qui est le moins frappé. La marche est bien caractéristique, mais jamais elle n'atteint l'ataxie de la dernière période de la maladie organique.

7° *Troubles trophiques.* — Absence complète de ces derniers.

8° *Durée, terminaison.*— L'évolution du *pseudo-tabes* est très rapide, la terminaison est favorable, différence essentielle avec le *tabes* organique qui, comme l'indique son qualificatif progressif, ne rétrograde jamais et mène à une mort certaine. Maintenant que le *tabes* hystérique a été suffisamment différencié de la maladie organique, il est besoin de montrer en quoi il s'éloigne des autres *pseudo-tabes*. Nous trouvons ces derniers dans plusieurs affections : l'alcoolisme, la diphtérie et les différentes intoxications. On admet aujourd'hui que ces affections sont dues à des névrites multiples périphériques. « Dans le *pseudo-tabes* alcoolique, la névrite multiple, à l'exclusion de toute autre lésion du système nerveux, est démontrée à l'autopsie » (Picquechef). MM. Lancereaux, Moeli, Deschfield ont rencontré dans les *pseudo-tabes* infectieux des névrites périphériques multiples qui permettent de leur donner par conséquent la même genèse. M. Déjérine (*Archives de physio-*

logie, 1884), cite deux exemples de *pseudo-tabes* alcoolique ayant absolument les caractères du *nervo-tabes* périphérique. Comme on a pu le voir à l'autopsie, il s'agissait d'une névrite parenchymateuse périphérique.

M. Déjérine s'est d'ailleurs depuis rangé à cette opinion. Puisque, comme on le voit, les *pseudo-tabes* infectieux sont d'origine périphérique, il nous reste donc à faire le diagnostic différentiel entre le *tabes* neurasthénique et le *nervo-tabes* périphérique.

C'est une des parties de notre travail sur lesquelles nous avons fait le plus de recherches, sachant bien qu'il y a là un point de diagnostic très difficile à établir.

Nous avons trouvé dans le (*Medical Record New-York,* 25 septembre 1886), une étude intéressante sur les névrites multiples par le professeur Buzzard. Le docteur Buzzard a fait des névrites le sujet de ses *Harveian lectures* pendant l'hiver 1886.

Le point le plus important est la preuve donnée que les causes du cas de paralysies extensibles de types très variés, sont l'inflammation et la dégénérescence des nerfs périphériques seulement, sans que les centres nerveux soient touchés.

Voici du reste l'exposé succinct de ses idées :

« La névrite multiple ordinaire est une maladie due à quelque agent toxique ou à quelque miasme qui pénètre dans l'organisme. Elle présente l'état épidémique dans le Japon et l'Amérique du Sud sous le nom de *béribéri*. Bien plus souvent en Europe elle est due aux excès alcooliques, aux intoxications diverses. Les malades ont d'abord des troubles sensitifs : picotements, fourmillements dans les mains et dans les pieds, douleur le long des trajets nerveux, sensation de brûlure, des douleurs cuisantes, une grande sensibilité de la plante des pieds et peut-être de toutes les extrémités.

Avec les symptômes sensitifs apparaissent graduellement une faiblesse motrice et quelquefois une paralysie complète.

Dans certains cas, les nerfs de la face et des yeux sont gris. Il n'y a ni troubles vésicaux ni rectaux et très rarement des douleurs en ceinture. Les muscles s'atrophient peu à peu et ont des réactions de dégénérescence partielle ou totale. Il y a une sensibilité exagérée au toucher, surtout le long du trajet des nerfs. Quelquefois, surtout dans les cas alcooliques et diphtéritiques, les symptômes ressemblent à ceux de l'ataxie locomotrice. Il y a abolition des réflexes tendineux, une ataxie très marquée. Ces cas sont connus sous le nom de *pseudo-tabes* alcoolique ou diphtéritique. Ils peuvent tromper le médecin s'il n'y prend garde et l'amener à un diagnostic faux » *Archives de Neurologie.*

Nous ne voulons pas insister plus longuement sur la symptomatologie des névrites, nous allons seulement étudier les points qui nous intéressent et montrer les différences qui séparent ces dernières du *pseudo-tabes.*

Pour cela nous allons suivre la méthode que nous avons eue jusqu'ici, quoiqu'elle nous expose à nous répéter.

1° *Troubles de la sensibilité.* — Dans les névrites la douleur est très vive, continue, ne changeant pas de place, bien localisée sur le trajet d'un nerf, s'exaltant par la pression et les mouvements. Nous trouvons, par exemple, dans les observations de *tabes* nervo-périphérique alcoolique de Picquechef et Déjerine, une sensation de douleur intolérable provoquée par la pression sur le trajet des troncs nerveux, le sciatique entre autres, douleur qui confirme ce diagnostic de nervo-périphérique. Nous avons vu qu'au contraire chez nos malades la mobilité, la diffusion des douleurs est un caractère fondamental. Nous avons vu qu'elles ne sont pas localisées le long d'un nerf, par exemple, et que le mouvement ne les augmente pas.

Du côté des viscères, les névrites sont excessivement rares; dans nos observations les crises sont constantes.

Les troubles urinaires sont également très rares dans la névrite; il en est de même des troubles génésiques.

Dans toutes les observations de *tabes* nervo-périphérique que nous connaissons, nous avons vu l'impuissance signalée une seule fois. Ces troubles ne manquent jamais chez nos malades.

2° *Troubles de la motilité.* — Toute névrite d'un nerf mixte est toujours accompagnée de troubles de la motilité. Ce sont des contractures spasmodiques, des spasmes douloureux.

Avec les symptômes sensitifs apparaissent graduellement un certain degré de faiblesse motrice, de parésie et même de paralysies complètes. Nous n'avons jamais chez nos malades constaté la moindre diminution de puissance motrice, soigneusement examinée cependant. Dans toutes nos observations, l'énergie de contraction musculaire est toujours normale; expérience du dynamomètre pour l'observation III. Pour l'observation II, nous avons renouvelé l'expérience de Trousseau, qui consiste à faire porter par un ataxique un homme de son poids sur ses épaules. Le malade sous ce fardeau n'a pas accusé la moindre fatigue. Nous n'avons jamais enfin constaté soit la moindre contracture, soit le moindre degré de paralysie. Dans le *tabes* périphérique au contraire, on constate de la parésie nettement accusée et démontrée par l'examen électrique; ces troubles de la locomotion sont ceux par exemple de l'alcoolisme et siègent par conséquent de préférence sur les extenseurs du pied.

Dans toutes les observations de *pseudo-tabes* infectieux citées par Picquechef, Déjerine et Krücke, où l'on rencontre des symptômes ataxiques, les réflexes tendineux sont abolis; comme nous l'avons vu dans les cas que nous avons cités, les

réflexes n'ont jamais disparu entièrement et dans deux d'entre eux ils étaient entièrement conservés (obs. II et III).

3° *Troubles trophiques.* — Les troubles trophiques font l'apanage des névrites. Au premier rang se trouve l'atrophie musculaire rapide, dans les muscles innervés par les nerfs enflammés.

Cette atrophie musculaire se constate dans le *tabes* alcoolique (thèse de Picquechef, obs. IV, XI, XII), et non seulement dans les membres inférieurs, mais encore aux supérieurs. Enfin, si le nerf est détruit, abolition des mouvements réflexes et de la contractilité électrique. Si du reste dans les *pseudo-tabes* nervo-périphériques accompagnés de parésie, on fait l'examen électrique, on trouve la réaction de dégénérescence qu'Erb et d'autres considèrent comme le propre des lésions périphériques. Chez aucun de nos malades nous n'avons constaté la moindre atrophie ni la moindre dégénérescence graisseuse des nerfs puisque nos réflexes étaient conservés. Les muscles avaient en même temps que leur volume leur force normale.

Parlons en finissant des troubles trophiques si fréquents dans les névrites et qui constituent à eux seuls leurs principaux caractères. Les téguments sont rouges, sensibles, légèrement gonflés; on peut même sentir un cordon dur, tuméfié et douloureux. La surface en est luisante, et Paget a comparé très justement cet aspect à celui des engelures. D'autres fois c'est une altération de la peau décrite sous les noms de glossy-skin (*peau lisse*), de causalgie (W. Mitchell), et d'érythème (Mongeot). Ce sont encore des traînées d'herpès, zona, qui se développent sur le trajet des nerfs enflammés. Ce sont enfin des lésions qui, d'après Charcot, vont jusqu'à l'arthropathie. Comme on l'a vu à la lecture de nos observations, jamais le moindre trouble trophique n'a été constaté chez nos malades, et nous avons là un signe précieux de diagnostic différentiel.

Marche, terminaison. — Nous pourrions encore examiner la manière d'évoluer des névrites. La névrite évolue comme une maladie aiguë; les lésions se manifestent peu à peu, puis après une période d'état on voit les symptômes s'atténuer peu à peu et un à un jusqu'à la disparition complète.

« Dans les névrites périphériques infectieuses, dit Picquechef, on voit l'atténuation des signes, puis leur disparition coïncider avec la seule suppression de la cause. Dans le *tabes* infectieux les phénomènes disparaissent au fur et à mesure qu'on s'éloigne de la maladie primordiale; dans le diabète, par exemple, le traitement fait également disparaître les symptômes ».

Dans le *tabes* neurasthénique, comme on l'a vu, la marche et la terminaison sont loin de ressembler à cette évolution.

Anatomie pathologique. — Les névrites ont leur substratum anatomique bien connu. Dans la seule autopsie que nous avons été à même de faire, l'examen microscopique fait avec tout le soin désirable n'a donné aucune lésion des nombreux nerfs périphériques que l'on a examinés. Par conséquent on peut dire que dans ce cas il n'y avait pas névrite.

Nous terminerons donc ce chapitre de diagnostic en nous résumant de la façon suivante. Dans toutes nos observations nous avons eu à faire à une maladie purement fonctionnelle, *sine mataria,* présentant des symptômes d'ataxie locomotrice et que nous appellerons *pseudo-tabes* neurasthénique.

IV

PRONOSTIC

« Quelque longue qu'en soit la durée, l'ataxie locomotrice ne guérit pas; si dans les cas heureux elle peut rester longtemps stationnaire, la mort n'en est pas moins le terme fatal et ce terme est trop fréquemment avancé par des maladies intercurrentes. Dans ces cas la perturbation du système nerveux, enlevant au sujet la force de résistance aux impressions morbides nouvelles, leur donne une plus grande gravité (Trousseau). Tel est en effet le pronostic de l'ataxie locomotrice organique. Quant au *tabes* fonctionnel que nous étudions, nous pouvons dire qu'au contraire il est bénin. Cette bénignité du pronostic est en effet implicitement contenue dans les pages qui précèdent. Sur les quatre cas que nous avons rapportés, trois ont guéri, le quatrième a été emporté par une pleurésie tuberculeuse pendant le cours de son affection. Si la curabilité du *tabes* fonctionnel est certaine, il est cependant nécessaire de s'entendre sur le sens de cette guérison certaine.

Le pronostic d'une névrose, quelle qu'elle soit, est en effet très difficile à formuler. On sait que telle contracture par exemple, qui existe depuis quinze jours, peut disparaître demain, comme elle peut persister chez le malade pendant toute son existence. De plus, une manifestation névrosique peut durer trois mois, disparaître pendant une ou plusieurs années et revenir un jour à la suite d'un accident quelconque, une crise d'hystérie par exemple. Donc la durée de la maladie

est très incertaine, les rechutes sont fréquentes. Les névropathes restent névropathes, rivés à leur névrose, et comme tels passibles de toutes les atteintes douloureuses, de toutes les manifestations spasmodiques, en un mot de toutes les misères que compte l'état nerveux si complexe.

Il est de plus un fait intéressant et sur lequel nous insistons; c'est le fait suivant : contrairement à ce qui se passe dans l'ataxie locomotrice vraie, plus les symptômes de la maladie paraîtront vite, plus la maladie sera rapide à s'établir, plus nons verrons là une manifestation purement hystérique, et plus par conséquent le pronostic sera bénin.

V

TRAITEMENT

Le *pseudo-tabes* n'étant à proprement parler qu'une manifestation de l'hystérie, nous pourrions donner comme traitement celui de l'hystérie en général ; mais passer en revue toute la thérapeutique employée dans cette maladie serait trop long et nous n'insisterons que sur les moyens qui nous paraissent les plus efficaces.

A l'ataxie locomotrice fonctionnelle, il faut avant tout opposer un traitement anti-nerveux. Nous pourrions sans préciser davantage nous borner à ces indications, car dans la thérapeutique de l'hystérie tout réussit et rien ne réussit. Certains malades sont en effet réfractaires à tout médicament et guérissent souvent sans causes appréciables.

Nous allons cependant passer en revue certaines médications qui nous paraissent devoir être employées dans tous les cas de *pseudo-tabes* neurasthénique qui se présenteront à nous.

En première ligne se montrent les antispasmodiques. Ils ont tous été employés dans les manifestations hystériques ; l'assa fœtida, la valériane, etc., jouissent d'une grande réputation. Ces médicaments peuvent rendre certainement de grands services, mais s'ils ont parfois fait disparaître certains accidents hystériques, la névrose, elle, n'a jamais cessé d'exister. Si le besoin s'en fait donc sentir, on mettra en œuvre tout l'arsenal de la médication anti-spasmodique. Le bromure de potassium associé au chloral a parfois donné de bons résultats. On l'essaiera, à

moins de susceptibilité spéciale du malade à ce médicament, comme nous le constatons dans notre première observation. On ne peut du reste fonder aucun espoir de guérison sur l'emploi de ces médicaments.

L'hydrothérapie à titre de médication tonique, révulsive ou modificatrice doit être employée. C'est en effet contre les tempéraments anémiés, nerveux, hypochondriaques, que l'hydrothérapie compte ses plus belles victoires. On sait cependant qu'elle ne convient pas à tous les névropathes, aussi ne l'emploiera-t-on qu'avec réserve.

L'électricité pourra de même être utilisée sous toutes ses formes.

Quant à la médication révulsive : vésicatoires, pointes de feu le long de la colonne vertébrale, pulvérisations d'éther ou de bromure d'éthyle, elle ne nous paraît d'aucune utilité dans la forme de maladie qui nous intéresse.

Mais il est un traitement qui doit primer tous les autres, c'est le traitement moral. C'est sur lui que nous devons compter et c'est lui qui amènera souvent chez les malades une guérison rapide.

D'abord les distractions, l'isolement du malade de toutes les causes qui ont pu engendrer sa maladie, contact de malades atteints de la même affection par exemple. C'est dans ces cas que l'envoi aux eaux est utile et même indispensable. Même dans le *tabes* vrai, peut-être est-ce à cet isolement, à ce repos moral, que certaines eaux minérales comme La Malou, Wiesbaden doivent leur renommée curative. Le médecin doit de plus exercer une sorte de pression morale sur l'imagination de son malade. C'est en le rassurant, en lui faisant partager la conviction qu'il n'est point atteint de maladie de la moelle, en lui suggérant l'idée que tous les symptômes qu'il éprouve disparaîtront, que le médecin fera le plus souvent la thérapeutique

la plus active. N'est-ce pas en effet dans les névroses que le traitement moral donne les plus beaux résultats.

Si l'on peut en plus employer la suggestion hypnotique, on aura entre les mains l'auxiliaire puissant que l'on peut même appeler la médication spécifique du trouble fonctionnel que nous étudions.

Nous ne pouvons terminer ce chapitre sans dire un mot du traitement préconisé depuis peu dans l'ataxie locomotrice vraie, nous voulons parler du traitement du Dr Motschutkowsky, la suspension. Nous n'avons pas pu expérimenter ce nouveau traitement. Peut-être amènerait-il une certaine amélioration. Le professeur Charcot disait il y a quelques jours dans une leçon faite à la Salpêtrière, qu'il avait employé la suspension dans le traitement de quelques affections organiques des centres nerveux, autres que l'ataxie locomotrice, et aussi de quelques maladies purement névropathiques. « Les effets ont » été favorables dans deux cas d'impuissance liée à la neuras- « thénie ». Nous n'avons pas été à même d'essayer ce traitement, aussi nous ne pouvons émettre la moindre opinion à cet égard.

Nous avons cependant remarqué une certaine analogie entre la marche de la guérison chez les malades de la Salpêtrière et chez les nôtres. « Chez presque tous, l'amélioration a com- » mencé d'abord à porter sur la marche, sur l'incoordination ». Dans nos observations, le même fait s'est produit ; les phénomènes sensitifs ont toujours été les plus longs à disparaître.

CONCLUSIONS

Ce qui précède nous paraît devoir être résumé de la manière suivante :

1° Les névropathes peuvent présenter pendant un temps variable le syndrome tabétique.

2° Le *tabes* neurasthérique ne saurait être confondu avec le *pseudo-tabes* d'origine alcoolique ou infectieuse, ou *tabes* nervo-périphérique.

3° Le pronostic est bénin. Donc, quand on aura devant soi un tabétique d'origine neurasthérique, on se persuadera que l'on est en présence d'une maladie *sine materia* pouvant guérir, et non d'une maladie organique entraînant avec elle nécessairement une terminaison fatale.

4° Le meilleur traitement est le traitement moral employé sous toutes ses formes : distractions, isolement, pression morale, suggestion.

Le Doyen,
A. PITRES

VU BON A IMPRIMER :
Le Président de la thèse,
A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 1er juillet 1889.
Pour le Recteur,
L'INSPECTEUR D'ACADÉMIE DÉLÉGUÉ,
ROUMESTAN.

13,539. — Bordeaux, Ve Cadoret, impr., rue Montméjan, 17.